

گواهی انجام معاینات ارزیابی مقدماتی و پزشکی دانشجویان

دانشجو محترم

با سلام
احتراماً خواهشمند است جهت انجام معاینات غربالگری و پزشکی به پایگاه و مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت خود مراجعه فرمائید. و پس از انجام معاینات، فرم تکمیل شده رابه امور دانشجویی اداره تحویل نمائید

با تشکر

ریاست دانشگاه

اظهار نظر مراقب سلامت/بهورز

مدیریت محترم دانشگاه

بدینوسیله گواهی می شود خانم/آقای متولد در تاریخ به پایگاه / خانه بهداشت مراجعه نموده و مورد ارزیابی مقدماتی قرار گرفت.

نامبرده: مبتلا به اختلال / بیماری: ☐ نمی باشد ☐ می باشد

نوع اختلال/بیماری (با ذکر عنوان) 1- 2- 3- و تاریخ پیگیری

نتیجه پیگیری انجام شده:

تاریخ

مهر و امضای مسئول پایگاه جامع خدمات سلامت

اظهار نظر پزشک

بدینوسیله گواهی می شود خانم/آقای در تاریخ به مرکز خدمات جامع سلامتمراجعه نموده و مورد معاینه قرار گرفت.

نامبرده: : مبتلا به اختلال / بیماری ☐ نمی باشد ☐ می باشد. نوع اختلال/بیماری (با ذکر عنوان)

نیاز به ارجاع به مراکز تخصصی: ☐ ندارد ☐ دارد نیازمند ارجاع به می باشد..

نیاز به پیگیری: ☐ ندارد ☐ دارد تاریخ انجام پیگیری

نتیجه پیگیری انجام شده

تاریخ

مهر و امضای پزشک مرکز جامع خدمات سلامت

توصیه ها: